|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение к Порядку |
|  | Руководителю «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»(сокращенное наименование общеобразовательной организации)от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) получателя)проживающего   (проживающей)   по   адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,электронный адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении ежемесячной денежной компенсации**

В соответствии с частью 5 статьи 13 Закона Кировской области
от 14.10.2013 № 320-ЗО «Об образовании в Кировской области» прошу предоставлять мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(родителю (законному представителю) ребенка-инвалида, инвалиду)

ежемесячную денежную компенсацию стоимости двухразового питания обучающихся детей-инвалидов (инвалидов), не относящихся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья, в случае обучения их на дому:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество(последнее – при наличии) ребенка-инвалида (инвалида) | Дата рождения ребенка-инвалида (инвалида) | Место жительства ребенка-инвалида (инвалида) | Дата и номер справки медико-социальной экспертизы, подтверждающей наличие инвалидности | Дата и номер заключения медицинской организации, рекомендующей получение образования на дому |
|  |  |  |  |  |

Денежную компенсацию прошу перечислять в отделение почтовой

связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или в кредитно-финансовое учреждение
 (номер отделения почтового отделения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитно-финансового учреждения, реквизиты)(номер счета)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1.

2.

За достоверность представленных документов несу персональную ответственность. Против проверки представленных мною сведений
не возражаю.

Я ознакомился (ознакомилась) с обстоятельствами, влекущими прекращение выплаты денежной компенсации, и обязуюсь своевременно
(в течение трех рабочих дней) известить руководителя общеобразовательной организации об их наступлении.

Согласен (согласна) на обработку персональных данных и совершение всех необходимых действий с персональными данными в соответствии
с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»
в целях предоставления ежемесячной денежной компенсации. Согласие
на обработку персональных данных действует до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (подпись) (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_